Aus dem Pathologischen Institut der Universität Würzburg

Vorstand: Professor Dr. med. E. Kirch

ZUR KENNTNIS DER PAPILLÄREN CYSTADENOLYMPHOME

I n a u g u r a l - D i s s e r t a t i o n

verfaßt und der

Hohen Medizinischen Fakultät

der

Julius - Maximilians - Universität Würzburg

zur

Erlangung der zahnmedizinischen Doktorwürde

vorgelegt von

Walter Josef Locher

aus Düllstadt

Würzburg 1955

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41543524_0095

Aus dem Pathologischen Institut der Universität Würzburg

Vorstand: Professor Dr. med. E. Kirch

ZUR KENNTNIS DER PAPILLÄREN CYSTADENOLYMPHOME

I n a u g u r a l - D i s s e r t a t i o n

verfaßt und der

Hohen Medizinischen Fakultät

der

Julius - Maximilians - Universität Würzburg

zur

Erlangung der zahnmedizinischen Doktorwürde

vorgelegt von

Walter Josef Locher

aus Düllstadt

Würzburg 1955

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät der
Universität Würzburg

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Tag der mündl. Prüfung:

28. Feb. 1955

Referent: Professor Dr. med. E. K i r c h

M e i n e n l i e b e n E l t e r n

i n D a n k b a r k e i t

g e w i d m e t

Inhaltsübersicht

A. Einführung S. 1

B. Beschreibung von drei pap. Cystadenolymphome

Fall I. Pap.Cystadenolymphom am rechten Unterkiefer eines 58-jährigen Mannes S. 2

Fall II. Pap. Cystadenolymphom vor dem M. sternocleidomastoideus eines 59-jährigen Mannes S. 5

Fall III. Pap. Cystadenolymphom über fossa jugularis einer 52-jährigen Frau S. 9

C. Zusammenstellung der bisher bekanntgewordenen pap. Cystadenolymphome mit einer graphischen Zeichnung über die Altersverteilung dieser Geschwülste. S. 12

D. Morphologie S. 18

E. Localisation und Histogenese S. 20

F. Diagnose, Differentialdiagnose, Therapie und Prognose S. 24

G. Zusammenfassung S. 25

H. Literaturverzeichnis S. 28

A. Einführung

Im Jahre 1910 veröffentlichten A l b r e c h t und A r z t in der Frankfurter Zeitschrift einen Bericht über "papilläre Cystadenome in Lymphdrüsen". Es handelte sich dabei einmal um einen 64 Jahre alten Mann, zum anderen um ein 12 Jahre altes Mädchen. Die Geschwülste waren beide einseitig und in der Parotis gelegen. Histogenetisch vermuteten A l b r e c h t und A r z t damals, daß bei der ersten Differenzierung der Speicheldrüse aus dem Entoderm der Mundbucht Gewebskeime der Speicheldrüsen aberriert und dann in Lymphknoten eingeschlossen worden seien. Als Charakteristika dieser neuartigen Geschwulst gaben sie an:

1. Eine mehr oder weniger dicke bdgw. Kapsel umschließt die Geschwulst.
2. Es findet sich lymphatisches Gewebe mit Keimzentren vom Bau eines Lymphknotens.
3. Drüsenschläuche und Cystchen mit papillären Exkreszenzen sind in lymphoides Gewebe eingelagert. Die Cystenauskleidung und die Drüsenschläuche stellen hohes Zylinderepithel dar. Es fehlt jede Andeutung einer malignen Entartung.
4. Es bestehen enge, nicht nur topographische sondern auch histologische Beziehungen zu den Speicheldrüsen (Parotis und Sublingualis).

Sie waren die ersten, die diese Geschwulst als papilläres Cystadenolymphom bezeichneten und genau beschrieben. Vorher hatten H i l d e b r a n d t (1895), S u l t a n (1898), M o r e s t i n (1902) und L e z e n e (1908) ähnliche Neoplasmen erwähnt. Aber erst durch A l b r e c h t und A r z t wurden diese bekannt. Im Laufe der Jahre sind nun fast 300 papilläre Cystadenolymphome beobachtet und zum Teil genau beschrieben worden.

Die Namensgebung berücksichtigt im allgemeinen die histologische Zusammensetzung des Tumors. Er wird genannt: Papilläres Cystadenom in der Lymphdrüse, Adenolyphom, papilläres Cystadenolymphom, papilläres Adenocystom mit lymphatischem Zwischengewebe, Cystadenolymphom. Aber auch unter der Bezeichnung branchiogenes papilläres Cystadenolymphom, Branchiom, branchiogener Tumor, Onkocytengeschwulst, Onkocytoma und nicht zuletzt als Warthin'scher Tumor begegnet man diesem Neoplasma in der Literatur.

Unter Zugrundelegung einer etwas erweiterten Definition, wie sie A l b r e c h t und A r z t gaben, konnten bei der Durchsicht des Untersuchungsgutes des Pathologischen Institutes der Universität Würzburg drei entsprechende Fälle gefunden werden.

Das Untersuchungsgut verteilt sich auf den Zeitraum von 1948 - 1954.

Von den Fällen I und III waren noch makroskopische Präparate vorhanden. Diese wurden in Paraffin eingebettet und jeweils 10 Schnitte in einer Dicke von 10 u angefertigt. Die Schnitte erfolgten in verschiedener Tiefe des Präparats. Gefärbt wurde mit H. E. und nach van Gieson.

Von Fall II fanden sich im Archiv 5 histologische Schnitte, die seinerzeit angefertigt worden waren. Sie waren gefärbt mit H.E.

Die Krankengeschichten der jeweiligen Patienten wurden eingesehen.

B. Klinischer Verlauf und Beschreibung der mikroskopischen Bilder von drei papillären Cystadenolymphomen.

Fall I: Papilläres Cystadenolymphom am rechten Unterkiefer eines 58-jährigen Mannes.

Patient war von Beruf Automechaniker. Sein Vater starb mit 68 Jahren an einem Halsleiden (Näheres darüber konnte laut Krankengeschichte nicht in Erfahrung gebracht werden).

Die Geschwulst wuchs langsam (die Krankengeschichte vermerkte keine genauere Zeitdauer) und schmerzlos. Der Localbefund ergab einen gut kirschgroßen, runden, nicht schmerzenden, nach der Tiefe nicht abgrenzbaren Tumor am rechten Unterkiefer. Das Blastom wurde in Localanästhesie entfernt. Patient wurde bald beschwerdefrei entlassen.

Der unter E. Nr. 7844/54 dem Pathologischen Institut zur Untersuchung zugesandte Tumor ergab folgenden Befund:

"Zugesandt wurde mir ein kirschgrosses graurötliches Gewebestück, das auf dem Schnitt teils weiche, teils derbe Konsistenz aufweist.

Histologisch ergibt sich ein eigenartiges Gebilde, das aus drüsenschlauchähnlichen Bändern und papillären Sprossungen aufgebaut ist. Sein Stroma besitzt lymphadenoiden Charakter, und mehrfach sind deutliche Keimzentren in ihm nachzuweisen. Mitosen sind nicht sicher aufzufinden. Stellenweise liegt eine bindegewebige Kapsel vor, in die es hineingeblutet hat. Das Ganze ist offenbar aufzufassen als der seltene Fall eines papillären Cystadenolymphoms der Parotisgegend. Von der Parotisdrüse selbst ist nichts erkennbar. Kein Malignitätsverdacht. -

Diagnose: papilläres Cystadenolymphom der Parotisgegend".

gez. Prof. Dr. E. Kirch

Bei der von mir durchgeführten weiteren Untersuchung der histologischen Schnitte (10 eigene, 2 fanden sich im Archiv) fallen epitheliale Formationen auf, die verschieden große Cysten einschliessen (Abb. 1). Die Epithelstränge sind oft doppelt aneinandergelegt und bilden so die Trennwand zwischen zwei Cysten. Ein feiner bindegewebiger Streifen scheidet die beiden Cystenauskleidungen. Besonders deutlich ist das zu sehen an den Schnitten, die nach van Gieson gefärbt wurden. Zahlreich erweitern sich die Epithelstränge und geben Raum für lymphoides Gewebe mit Keimzentren. - Trabekel und Lymphsinus waren trotz systematischen Suchens nicht zu finden. Eine Geschwulstkapsel war vorhanden.

Die Cystenauskleidung besteht überall aus hohem oxyphilen pallisadenförmigen Zylinderepithel (Abb. 2). Dieses Epithel ist meist einreihig. Soweit eine zweite Epithellage vorhanden, setzt sie sich zusammen aus polyedralen Zellen mit einem runden Kern in der Mitte der Zelle. - Nirgends entdeckt werden konnte Plattenepithel und Flimmerepithel. Becherzellen konnten mit Sicherheit nicht ausgeschlossen werden.

Die hohen pallisadenförmigen Zellen enthielten einen großen, ovalen, oft etwas eingedellten Kern, in dem nicht selten der Nucleolus zu erkennen war. Die Kerne lagen nahe der Lichtung, wodurch bei schwacher Vergrößerung ein dunkler Saum in der Nähe des Lumens bewirkt wurde. Das Cytoplasma hatte eine wabige Struktur mit feinsten Granula (Abb. 2). Diese Zellen schienen mitunter recht locker aneinandergefügt.

Der Cysteninhalt bietet sich dar als schwach rosagefärbte (H. E. Färbung) Masse von netzartiger Struktur. Erythrocyten und Zellkerne liegen darin. An einigen Stellen konnte das Ausbrechen vermutlich alter Pallisadenzellen beobachtet werden (Abb. 2).

In der bindegewebigen Kapsel fielen kleine runde Drüsenschläuche auf, die ein intensiv gefärbtes cubisches Epithel aufwiesen. Die Zellen dieses Epithels waren aber bedeutend kleiner als das oben beschriebene Pallisadenzellenepithel der Cystenauskleidung.

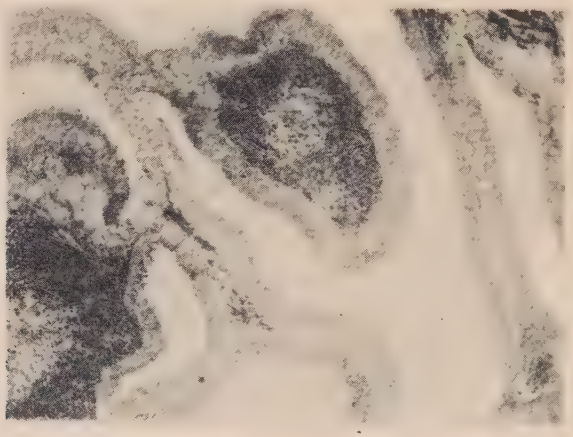


Abb. 1: Fall I (E.Nr. 7844/54, Vergr. 120, Bel. 45 Sec. Gelbfilter, H.E. Färbung). Man erkennt helle Epithelstränge, die sich stellenweise erweitern und lymphoides Gewebe mit Keimzentren in sich fassen. Der dunkle Saum der Cystenauskleidung rührt von lumenwärts gelegenen Zellkernen her.

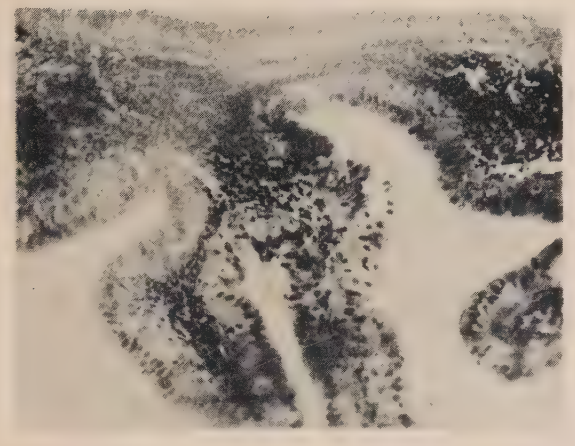


Abb. 2: Fall I (E. Nr. 7844/54, Vergr. 120, Bel. 45 Sec. Gelbfilter, H.E. Färbung). Meist einreihiges hohes Zylinderepithel. Die ovalen Kerne liegen nahe der Lichtung. Das Cytoplasma erscheint wolkig und weist feinste Granula auf. In einigen Kernen ist der Nucleolus zu sehen. Das lymphoide Gewebe reicht unmittelbar an die Cystenauskleidung heran. Rechts von der Mitte ist das Ausbrechen von vermutlich alten Pallisadenzellen in den Cystenraum hinein zu beobachten.

Fall II: Papilläres Cystadenolymphom vor dem M. sternocleidomastoideus eines 59-jährigen Mannes.

Die Entwicklung der Geschwulst an der rechten Halsseite dauerte ungefähr ein Jahr. Der pflaumengroße, sich knorpelhart anfühlende Tumor war unterhalb des Unterkiefers, vor dem M. sternocleidomastoideus in der Tiefe des Halsgewebes tastbar. Die Krankengeschichte vermerkt Exstirpation des Tumors, gute Ausheilung, kein Rezidiv.

Der unter E. Nr. 2923/1951 dem Pathologischen Institut in Würzburg zugesandte Tumor ergab folgenden Befund:

"Zugesandt wurde uns ein kirschgroßes Gewebestück, auf dem Schnitt grau-braun fleckig und mittelfest.

Histologisch ergibt sich ein sog. branchiogenes Adenom einer Lymphdrüse. Es finden sich zahlreiche cystische, teilweise etwas

papilläre Hohlräume, die von hohem Zylinderepithel ausgekleidet sind. Im Stroma zeigt sich lymphatisches Gewebe mit deutlichen Lymphknötchen. Einzelne Cysten enthalten geronnene eiweißhaltige Flüssigkeit, teilweise auch mit reichlichen Kristallücken, offenbar von Cholesterinkristallen herrührend. Eine Entzündung ist nicht vorhanden; ein Anhalt für Malignität besteht nicht.

Diagnose: Branchiogenes Cystadenom einer Lymphdrüse."

gez. Oberarzt Dr. Moegen

Meine eigenen Untersuchungen an den histologischen Schnitten bestätigten diesen Befund. Wie im Fall I sind auch hier massige epitheliale Formationen mit lymphoidem Stroma vorhanden (Abb. 3). Eine starke Kapsel mit Fingern in das Innere der Geschwulst, Trabekel, Lymphsinus und Keimzentren sind zu sehen. Das Cystenepithel ist zu etwa 2/3 hohes isoprismatisches oxygranuläres Zylinderepithel und zu etwa 1/3 niederes cubisches Epithel. Dabei war auffallend, daß sich das niedere cubische Epithel nur dort vorfand, wo zwischen Cystenauskleidung und lymphatischem Gewebe ein breiterer Streifen Bindegewebe dazwischengeschoben war. Es konnten fließende Übergänge von hohem Zylinderepithel zu niederen cubischen Epithel festgestellt werden (Abb. 4).

Die hohen Pallisadenzellen erscheinen auch hier wie in Fall I teilweise sehr locker aneinandergereiht, so daß helle Streifen zwischen den einzelnen Zellen sichtbar werden (Abb. 5). Der große ovale Kern liegt nahe dem Lumen; das Cytoplasma weist feinste Granula auf.

In den manchmal homogenen Cystenmassen fielen glattrandige, spindelförmige Aussparungen auf, sog. spießige Lücken. Diese dürften auf die Existenz von Cholesterinkristallen hinweisen (Abb. 6).

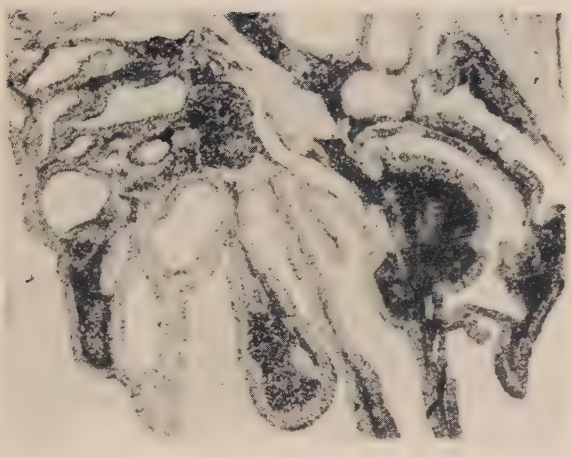


Abb. 3: Fall II (E.Nr. 2923/51, Vergr. 40, Bel. 25 Sec. Gelbfilter, H.E.-Färbung). Ähnlich der Abb. 1. Sehr schön ist die Struktur des gewöhnlichen papillären Cystadenolymphoms zu sehen. Helle epitheliale Stränge mit dunklem Saum an der Lichtung und lymphoides Stroma, das Keimzentren enthält.

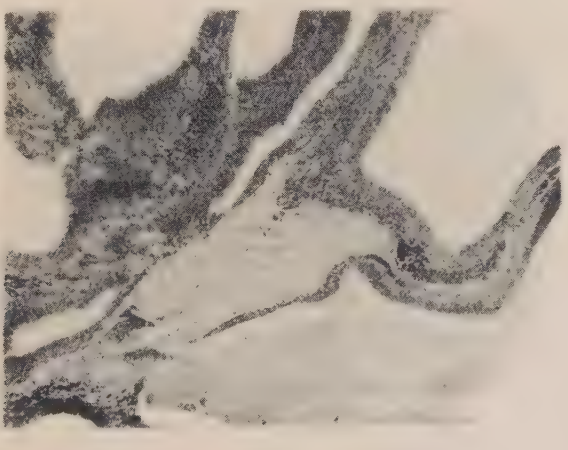


Abb. 4: Fall II (E.Nr. 2923/51, Vergr. 120, Bel.30 Sec.Gelbfilter, H.E.Färbung). Man sieht fließende Übergänge von hohem pallisadenförmigen Zylinderepithel zu flachen cubischen Epithel (etwas unterhalb der Mitte). Das hohe Zylinderepithel sitzt lymphoidem Gewebe auf und das niedere cubische Epithel massiven Bindegewebszügen.

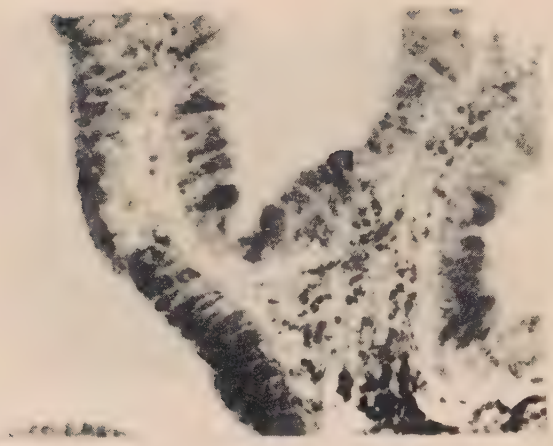


Abb. 5: Fall II (E.Nr. 2923/51, Vergr. 240, Bel. 30 Sec. Gelbfilter, H.E.Färbung). Die isoprismatischen hohen schmalen Zylinderzellen sind locker aneinandergereiht. Zwischen den Pallisadenzellen werden hellere Streifen sichtbar, die von manchen Autoren als intercelluläre sekretorische Kapillaren gedeutet wurden.

Abb. 6: Fall II (E.Nr. 2923/51, Vergr. 120, Bel. 15 Sec. Grünfilter, H.E.Färbung). Im Cysteninhalt sind sog. spießige Lücken zu sehen, die auf Cholesterinkristalle hinweisen.

Fall III: Papilläres Cystadenolymphom über fossa jugularis einer 52-jährigen Frau.

Patientin erkrankte mit 11 Jahren an Lupus vulgaris, mit 18 Jahren an Gelenkrheumatismus. - Die Geschwulst am Hals entwickelte sich innerhalb weniger Wochen. Sie befand sich dicht oberhalb der fossa jugularis, war etwa pflaumengroß und weich, sowie auf der Unterlage verschieblich. Ihre Entfernung erfolgte in Localanästhesie.

Der unter E. Nr. 4988/1953 dem Pathologischen Institut in Würzburg zugesandte Tumor ergab folgenden Befund:

"Zugesandt wurde mir ein kleinkirschgroßes Gewebestück, das auf dem Schnitt einen deutlichen cystischen Hohlraum zeigt. Dieser ist von netzartigen Zügen durchzogen und weist verschiedentlich kleine zottenartige Gebilde auf.

Histologisch liegt das seltene Bild eines papillären Cystadenolymphoms vor. Es findet sich eine deutliche bindegewebige Kapsel und im Innern zeigen sich viele drüsenschlauchartige Formationen und papilläre fibroepitheliale Sprossungen. Diese tragen hohes Zylinderepithel, das zum Teil auch mehrschichtig erscheint. Mitvorhanden ist reichlich lymphatisches Gewebe besonders unter der Kapsel. Der Außenseite hängt etwas Fettgewebe an, und an der Peripherie sieht man geringe entzündliche Zellinfiltrate, verschiedentlich auch im Innern. Malignitätszeichen liegen nicht vor. Die Genese dieser Gebilde ist strittig. Vielfach werden sie von den Speicheldrüsen abgeleitet.

Diagnose: Papilläres Cystadenolymphom".

gez. Prof. Dr. E. Kirch

Bei der eigenen Untersuchung konnten alle Merkmale eines Lymphknotens beobachtet werden: Bindegewebige Kapsel, Lymphsinus, Trabekel und lymphoides Gewebe mit Keimzentren. Die Kapsel war sehr zart. Zum Teil unmittelbar unter der Kapsel wucherten papilläre Exkreszenzen in das Innere des Blastoms vor. Meist aber füllte lymphoides Gewebe mit Keimzentren den Raum unter der Kapsel aus (Abb. 7).

Zum Unterschied zu den beiden vorhergehenden Fällen konnte hier nirgends das sehr hohe isoprismatische Cystenepithel entdeckt werden. Auch die Kerne lagen nicht lumenwärts sondern mehr in der Mitte der Zellen und füllten deren Volumen zum größten Teil aus (Abb. 8). Vergleicht man die Abbildungen 2 (Fall I) und 5 (Fall II) mit Abbildung 8 von Fall III, so wird der beträchtliche Größenunterschied der Epithelzellen offenbar. (Allen drei angeführten Abbildungen liegt eine etwa 240-fache Vergrößerung zu Grunde). Die Cystenauskleidung von Fall III nimmt nur einen Bruchteil des Raumes ein, den die der Fälle I und II einnimmt.

Auch die papillären Sprossungen in Fall III weichen von denen der Fälle I und II ab, und zwar insofern, als ihr Stroma zum großen Teil nicht lymphatisches Gewebe, sondern zartes Bindegewebe darstellt (Abb. 9).

In manchen Cysten lagen schwachgefärbte Bälkchen, die sich zu einem eigenartigen Maschenwerk zusammenordneten. In anderen Cysten hatte der Inhalt ein ähnliches Aussehen wie der der beiden vorher beschriebenen Fälle.

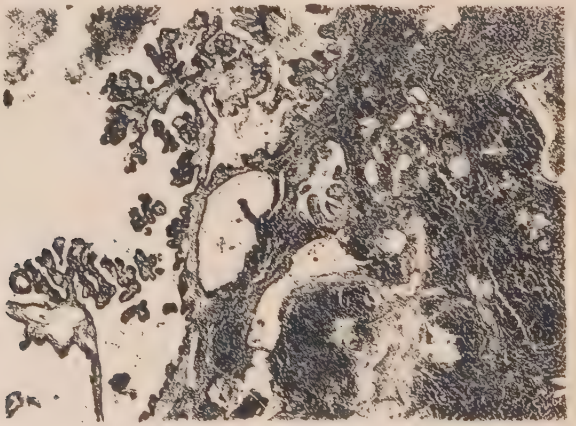


Abb. 7: Fall III (E.Nr. 4988/1953, Vergr. 40, Bel. 25 Sec., H.E.-Färbung). Die rechte Hälfte des Bildes ist ausgefüllt von lymphatischem Gewebe mit Keimzentren. Die linke Hälfte des Bildes zeigt papilläre Exkreszenzen. Die Cystenauskleidung ist intensiv dunkel gefärbt und verhältnismäßig dünn (Vergl.Abb. 3 von Fall II). In der Mitte des Bildes ist eine Cyste zu sehen, die schollige Massen enthält.

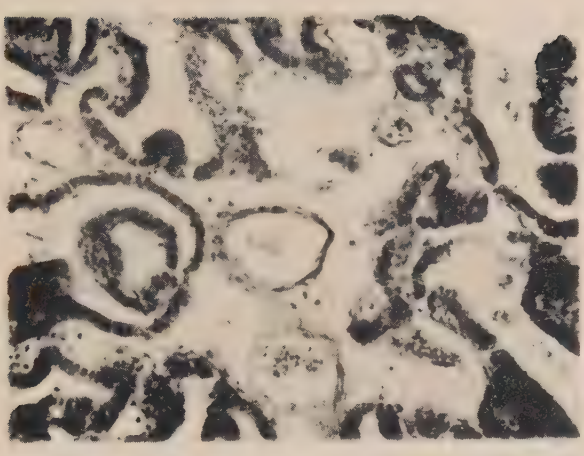


Abb. 8: Fall III (E.Nr. 4988/1953, Vergr. 240, 40 Sec. Grünfilter, van Gieson Färbung). Meist einreihiges Cystenepithel. Die großen, oft ovalen, intensiv gefärbten Kerne liegen in der Mitte der Zellen und füllen deren Volumen nahezu aus. Die Epithelzellen sind bedeutend kleiner als die der Fälle I und II. Vergl. Abb. 2 und 5!

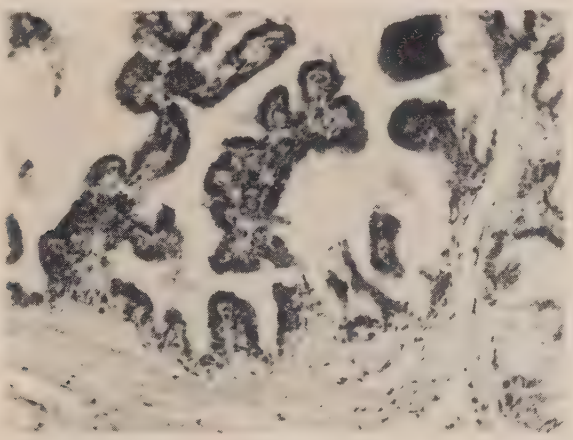


Abb. 9: Fall III (E.Nr. 4988/1953, Vergr. 240, 40 Sec. Gelbfilter, H.E.Färbung). Ähnlich Abb. 8. Die papillären Sprossungen enthalten hier großenteils Bindegewebe als Stroma.

C. Zusammenstellung der bisher bekannt-gewordenen papillären Cystadenolymphome

Bevor ich eintreten möchte in eine Erörterung der Morphologie und Histogenese, sei eine übersichtliche Zusammenstellung der bisher bekanntgewordenen papillären Cystadenolymphome eingefügt. Ich halte das für angezeigt, weil die letzte deutschsprachige Arbeit über dieses Thema nur etwa 60 und eine amerikanische Arbeit 157 Fälle berücksichtigte. Inzwischen aber ist die Zahl der beobachteten Fälle auf nahezu 300 angewachsen.

	Jahr d. Veröff.	Alter	Geschl.	Localisation	Wachstumsz.	Autoren
1	1895	41	M	Kieferwinkel	?	Hildebrandt
2	1898	44	M	vor d. Ohr	?	Sultan
3	1902	23	F	unt.Parotis	?	Morestin
4	1908	40	F	r. Parotis	?	Lecene
5	1908	50	M	r. Parotis	?	Lecene
6	1910	64	M	l. Parotis	?	Albrecht/Arzt
7	1910	12	F	r. Parotis	?	Albrecht/Arzt
8	1912	54	M	r. Parotis	5 Monate	Ssobolew
9	1912	?	M	Parotis	?	Ssobolew
10	1912	66	F	Kieferwinkel	1 Jahr	Glass
11	1914	23	F	l. Parotis	?	Delanglade/Peyron
12	1916	51	M	Kieferwinkel	8½ Jahre	Feldmann
13	1922	?	?	Parotis	?	Ehrlicher
14	1923	60	F	Unt.d.Par.	einige M.	Nicholson

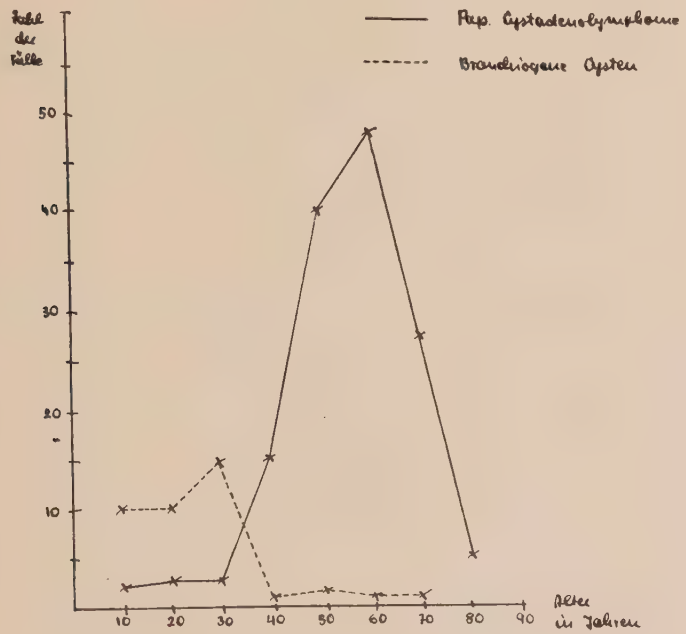
	Jahr d. Veröff.	Alter	Geschlecht	Lokalisation	Wachstumsz.	Autoren
15	1923	50	M	Kieferwinkel	1-2 Jahre	Nicholson
16	1923	36	M	Kieferwinkel	10 Jahre	Mazza/Carinelli
17	1923	50	M	Parotis	10 Jahre	Peyron/Menetrièr
18	1924	47	M	Kieferwinkel	2 Jahre	Rikl
19	1926	54	M	Parotis	?	Askanazy
20	1926	?	?	?	?	Siegmund
21	1926	2 1/2	M	r. Parotis	8 Wochen	Stohr/Risak
22	1927	58	?	oberh.d.KW.	5 Jahre	Hondard
23	1927	?	M	Parotis	?	Letulle
24	1927	?	?	?	?	Letulle
25	1929	56	M	Parotis	1 Jahr	Bottin
26	1929	65	M	Parotis	?	Spitznagel
27	1929	45	M	Parotis	?	Spitznagel
28	1929	16	M	Parotis	3 Jahre	Cunningham
29	1929	45	M	caud.Par.	einige J.	Warthin
30	1929	60	M	caud.Par.	20-30 J.	Warthin
31	1930	56	M	unt.r.Kief.	1,5 Jahre	Wendel
32	1931	61	M	Kieferwinkel	2 Jahre	Hanford
33	1931	57	M	Submaxill.	1 Jahr	Bradetto
34	1931	70	M	Parotis	?	Hamperl
35	1932	72	M	Parotis	3 Jahre	Jaffé
36	1933	61	M	Kieferwinkel	2 Jahre	Kraissl/Stout
37	1933	74	F	Kieferwinkel	4 Jahre	Kraissl/Stout
38	1934	68	M	Unt.d.KW.	9 Jahre	Scandurra
39	1935	40	F	hint.r.Ohrl.	3-6 M.	v.Kreudenstein
40	1935	48	M	Parotis	1 Jahr	Hall
41	1935	37	M	Parotis	?	Wood
42	1935	48	M	Parotis	?	Wood
43	1935	71	M	Parotis	?	Wood
44	1935	57	M	re. Wange	3 Jahre	Carmichael
45	1935	63	M	vor d.Ohrl.	4 Jahre	Carmichael
46	1935	58	F	Parotis	2 Jahre	Carmichael
47	1935	47	M	?	2 Jahre	Carmichael
48	1935	58	M	?	30 Jahre	Carmichael

	Jahr d. Veröff.	Alter	Geschl.	Lokalisation	Wachstumsz.	Autoren
49	1935	58	M	?	10 Monate	Carmichael
50	1935	92	M	?	15 Jahre	Carmichael
51	1935	66	F	?	3 Monate	Carmichael
52	1935	76	M	?	3 Jahre	Carmichael
53	1937	61	M	caud.Parotis	?	Harris
54	1937	62	M	Parotis	4 Jahre	Harris
55	1937	71	M	Parotis	?	Swinton
56	1938	53	F	Parotis	?	Swinton
57	1938	63	M	vor M.sternocl.	1 Jahr	Freshmann
58	1938	71	M	Parotis	?	Köberle
59	1940	74	M	vor d.l.Ohr	6 Monate	Skorpil
60	1940	74	M	Kieferwinkel	2 Jahre	Skorpil
61	1940	69	M	re. KW.	3 Jahre	Skorpil
62	1940	53	M	li. KW.	6 Monate	Skorpil
63	1941	48	M	Kieferwinkel	7 Jahre	Hines
64	1941	68	M	unt.d.KW.	?	Joyce/Menne
65	1941	40	M	hint.d.KW.	3 Jahre	Joyce/Menne
66	1942	50	M	li. KW.	1 Jahr	Holmberg
67	1942	65	M	re. KW.	?	Holmberg
68	1942	40	M	?	1 Jahr	Henderson
69	1942	48	M	Kieferwinkel	1 Monat	Tuta/Apfelbach
70	1942	51	M	vor dem Ohr	2 Jahre	Peck
71	1942	49	M	Parotis	3 Jahre	Peck
72	1942	48	M	hint.d.Ohr	5 Monate	Peck
73	1942	46	M	Kieferwinkel	3 Jahre	Peck
74	1942	66	M	Kieferwinkel	?	Lederer
75	1942	57	F	re. Wange	5 Jahre	Lederer
76	1942	45	M	vor dem Ohrl.	?	Lederer
77	1942	54	M	hint.d.KW.	4 Monate	Lederer
78	1942	59	M	unt.d.KW.	11 Monate	Plaut
79	1942	53	M	Parotis	4 Jahre	Plaut
80	1942	50	M	Parotis	2 Jahre	Plaut
81	1943	48	M	hint.d.KW.	6 Monate	Ronbinson
82	1943	46	M	vor d. Ohr	6 Wochen	Robinson
83	1943	28	M	hint.d.KW.	?	Robinson
84	1943	65	F	seitl.d. Schilddrüse	3 Jahre	Robinson
85	1943	65	M	bilateral KW.	10 Jahre	Ramage/Binnie
86	1944	49	M	vor d.Ohr	3 Monate	Martin/Ehrlich
87	1944	47	M	inframand.	1 Jahr	Martin/Ehrlich
88	1944	46	F	vor d. Ohr	1 Jahr	Martin/Ehrlich
89	1944	73	M	vor d. Ohr	3 Jahre	Martin/Ehrlich
90	1944	51	M	retromandib.	1 Jahr	Martin/Ehrlich
91	1944	41	M	retromandib.	6 Monate	Martin/Ehrlich

	Jahr d. Veröff.	Alter	Geschl.	Localisation	Wachstumsz.	Autoren
92	1944	64	M	retromandib.	3 Monate	Martin/Ehrlich
93	1944	54	M	vor d. Ohr	1 Jahr	Martin/Ehrlich
94	1944	58	M	vor d. Ohr	3 Jahre	Martin/Ehrlich
95	1944	66	M	Carotis bifurc.	3 Jahre	Martin/Ehrlich
96	1944	53	M	retromand.	6 Monate	Martin/Ehrlich
97	1944	37	F	infraauric.	1 Jahr	Martin/Ehrlich
98	1944	69	M	inframand.	3 Jahre	Martin/Ehrlich
99	1944	47	M	bilateral ?	2 Jahre	Martin/Ehrlich
100	1944	64	M	unt.d.KW	8 Monate	Martin/Ehrlich
101	1944	61	M	retromand.	3 Jahre	Martin/Ehrlich
102	1944	54	M	infraauric.	6 Monate	Martin/Ehrlich
103	1944	30	M	infraauric.	3 Jahre	Martin/Ehrlich
104	1944	47	M	vor d. Ohr	12 Jahre	Martin/Ehrlich
105	1944	60	M	bilateral	3 Jahr	Martin/Ehrlich
106	1944	67	M	infraauric.	?	Martin/Ehrlich
107	1944	46	M	bilateral	2 Monate	Martin/Ehrlich
108	1945	58	M	Kieferwinkel	6 Monate	Gaskin/Padget
109	1946	60	F	inframandib.	2 Jahre	Owen
110	1946	30	M	Kieferwinkel	1 Jahr	Gaston
111	1946	57	M	Kieferwinkel	8 Monate	Gaston
112	1946	70	F	vor d. Ohr	2 Jahre	Gaston
113	1946	48	F	hint.d.KW.	4 Monate	Gaston
114	1946	46	M	Kieferwinkel	15 Monate	Neely
115	1946	59	M	li. Wange	20 Jahre	Neely
116	1946	84	M	Kieferwinkel	?	Neely
117	1946	56	M	retromand.	3 Jahre	Neely
118	1946	82	M	Parotis	3 Jahre	Neely
119	1946	44	F	über d.KW.	6 Monate	Holmberg
120	1947	63	M	Kieferwinkel	6 Monate	Kerr
121	1947	65	M	Kieferwinkel	5 Jahre	Kerr
122	1947	66	F	Parotis	5 Jahre	Holmberg
123	1947	41	M	li KW.	1 Jahr	Holmberg
124	1947	64	M	?	?	Holmberg
125	1948	?	?	Parotis	?	Bruni
126	1948	65	M	?	?	Tonelli
127	1948	68	M	?	?	Tonelli
128	1948	61	M	re KW.	3-4 Jahre	Holmberg
129	1948	78	M	re. KW	1 Jahr	Liecker
130	1948	65	M	re. Parotis	6 Monate	Liecker
131	1948	61	M	bilateral	3 Jahre	Lawrenze
132	1948	55	M	Kieferwinkel	1 Monat	Beyer/Blair
133	1948	64	M	vor d. Ohr	4 Jahre	Pollock
134	1948	53	M	Kieferwinkel	3 Jahre	Pollock
135	1949	69	M	bilateral	2-3 Monate	Wheelock

	Jahr d. Veröff.	Alter	Geschl.	Localisation	Wachstumsz.	Autoren
136	1949	72	M	vor d. Ohr	3 Jahre	Wheelock
137	1949	58	M	innerh.d.Par.	5 Jahre	Holmberg
138	1949	?	?	Parotis	?	Moyse
139	1949	?	?	seitl.Halsber.	?	Nascimbene
140	1949	?	?	seitl.Halsber.	?	Nascimbene
141	1949	?	?	?	?	Nascimbene
142 - 162	1950	Es wurden 20 papill.Cystadenolymphome beobachtet. Zwei davon lagen im Subcutangewebe außerhalb der gl.sublingualis und eines in der Pharynxwand. 76 % begegneten im 5.-6. Lebensjahrzehnt.				Hevenor/Clark
163 - 169	1950	Unter 6 gefundenen pap.Cystadenolymphomen befand sich eines, das Talgdrüsenschläuche enthielt.				Rawson/Howard
170	1950	?	?	2-knotig	?	Salviati
171 - 194	1950	Alle 23 angegebenen pap.Cystadenolymphome waren männl.Geschlechts, einseitig u. gutartig u.betrafen das 5.-7.Lebensjahrzehnt.				Thompson/Bryant
195 - 196	1951	1 Adenolymphom, welches gutartig, und ein 2., welches Zeichen von Malignität in epithelialen Elementen aufwies.				Gault/Balasubrahmanyan
197 209	1951	12 Fälle beschrieben.Ein pap.Cystadenolymph. ging vom falschen Stimmband aus.				Heinz
210	1951	?	?	Parotis	?	Brown
211	1951	?	?	Parotis	?	Brown
212 214	1951	Bericht über drei Fälle von papillären Cystadenolymphomen				Dvorazek
215	1952	46	M	li. Parotis	?	Castiglioni
216	1952	73	M	Unterlippe	?	Peruzzo
217	1952	58	M	hint.Par.	10 Jahre	Amgwerd
218 - 224	1952	Von 7 Adenolymphomen waren zwei bilateral. Nur bei einigen Fällen bestand Beziehung zur Parotis.				Hampson/Naughton
225 235	1952	11 Fälle werden geschildert.Alle gutartig.Mittl.Lebensalter bevorzugt.				Godwin
236 241	1952	Bericht über 6 papilläre Cystadenolymphome.				Rona/Vagha
242	1952	44	F	?	?	Galetti
243	1952	51	M	?	?	Galetti
244	1952	66	M	?	?	Galetti
245	1952	60	M	Parotis	?	Latorre
246	1953	64	F	li.Ohrgegend	?	Hicks
247 - 284	1953	Von 38 pap.Cystadenolymph.waren 3 darunter, die mehrere Knoten aufwiesen. Alle p.Cystadenol. hatten eine weiche Konsistenz.In einem Fall wurden talgdrüsenähnl.Trauben festgestellt.6 Fälle waren bilateral.Jüngster Patient 30,ältester 70 Jh. alt. 4 weibliche Patienten.				Foote/Frazell
285	1953	65	M	li. KW.	18 Monate	Kronschnabel

Die Auswertung vorstehender Zusammenstellung erfolgt in den nachfolgenden Abschnitten. Angefügt sei hier nur eine graphische Zeichnung über die Altersverteilung der Patienten mit papillären Cystadenolymphomen. Eine zweite Kurve - sie wurde entnommen dem Aufsatz von Thompson/Bryant über Histogenesis of papillary cystadenoma lymphomatosum - zeigt die Altersverteilung der Patienten mit branchiogenen Cysten.



Aus der graphischen Zeichnung wird deutlich, daß die Spitze der papillären Cystadenolymphome im 5.-7. Lebensjahrzehnt liegt. Die Kurve der branchiogenen Cysten steigt bis zum 30. Lebensjahr an, um dann rasch abzufallen. Letztere Kurve war, wie schon erwähnt, einem Aufsatz von Thompson/Bryant entnommen.

D. Morphologie

Die papillären Cystadenolymphome bestehen aus einer Mischung von papillären epithelialen Elementen, die Cysten begrenzen, und aus lymphoidem Stroma. Das Bindegewebe innerhalb des Tumors spielt eine untergeordnete Rolle. Eine mäßig dicke Kapsel umschließt die Geschwulst.

Studium der einschlägigen Literatur sowie die Untersuchung an den eigenen drei Fällen ergaben, daß in der überwiegenden Mehrzahl der papillären Cystadenolymphome die Cystenauskleidung aus einem ein- oder zweireihigen, hohen isoprismatischen oxyphilen pallisadenförmigen Zylinderepithel besteht. Die Zellen der zweiten Reihe sind bedeutend kleiner als die der ersten Reihe, polyedrisch und ihr Kern liegt in der Mitte der Zelle.

Die erste Reihe des Cystenepithels enthält die schlanken hohen oxyphilen Pallisadenzellen. Ihr Cytoplasma hat eine wabige Struktur mit feinsten Granula. Die ovalen, oftmals etwas eingedellten Kerne, liegen durchweg nahe der Lichtung. S c h ä f f e r und P i s c h i n g e r beschrieben diese Zellen einfach als körnige gequollene Zellen. H a m p e r l bezeichnete sie dann als Geschwulstzellen oder als Onkocyten (eine, meiner Ansicht nach, etwas unglückliche Bezeichnung für diese Zellen, weil man da doch zu leicht an echte Geschwulstzellen denkt), schließlich nannte sie Z i m m e r m a n n wegen der manchmal eingedellten Kerne Pyknocyten. Die angelsächsische Literatur bedient sich grossenteils des Ausdrucks von H a m p e r l und spricht von Onkocytenepithel, vereinzelt auch von Onkocytoma als dem papillären Cystadenolymphom. - Im Zellkern der Pallisadenzellen kann nicht selten der Nucleolus gesehen werden.

Die hellen Streifen zwischen einzelnen Pallisadenzellen wurden von manchen Autoren als intercelluläre sekretorische Kapillaren gedeutet. Diese Auslegung erscheint jedoch unwahrscheinlich, denn für Kapillaren sind die Streifen zu weit und außerdem erklären diese sich natürlicher durch die holokrine Sekretion. Ähnlicher Auffassung sind auch T h o m p s o n / B r y a n t .

Von den eigenen drei Fällen enthielt das pap. Cystadenolymphom des Falles I nur pallisadenförmiges hohes oxyphiles Zylinderepithel ("Onkocytenepithel"), das des Falles II zu etwa 2/3 dieses zuletzt genannte Epithel und zu etwa 1/3 ein- und mehrschichtiges cubisches Epithel, das nur einen Bruchteil der Fläche des sog. Onkocytenepithels einnahm. Es waren fließende Übergänge von einer Epithelart zur anderen festzustellen. Auffallend war, daß nur dort, wo zwischen Cystenauskleidung und lymphatischem Gewebe, Bindegewebe eingeschoben war, sich das verhältnismäßig niedere cubische Epithel befand. - Im Fall III war nur ein oxyphiles ein- oder zweireihiges cubisches (niederes) Epithel zu entdecken. Auch hier war häufig zwischen Cystenauskleidung und lymphatischem Gewebe ein bindegewebiger Streifen eingelagert. Das Stroma der papillären Exkreszenzen war großenteils zartes Bindegewebe.

Typisches Plattenepithel konnte in allen drei Fällen nicht gefunden werden. Soweit die Literatur übersehen werden konnte, erwähnten lediglich T o n e l l i und N a s c i m b e n e / R o s s i vielschichtiges Plattenepithel in Adenolymphomen. A l b r e c h t und A r z t schrieben von einzelnen kleinen vielschichtigen plattenepithelähnlichen Stellen in ihren Tumoren. K r o n s c h n a b e l vermerkte Übergänge von hohem Zylinderepithel zu vielschichtigen Plattenepithel.

Das Material in den Cysten war, wie es auch die Literatur angibt, von wabiger oder homogener Struktur, und enthielt fast immer dunkle Zellkerne, zuweilen auch Erythrocyten. Nach T h o m p s o n / B r y a n t u. a. ist der Cysteninhalt das Produkt der holokrinen Sekretion des Cystenepithels. Ich kann mich dieser Auffassung nur anschließen. Es spricht dafür: die hellen Streifen zwischen den Pallisadenzellen, die manchmal pyknotischen Kerne, das beobachtete Ausbrechen von Zellen in den Cystenraum hinein, sowie das Vorhandensein von Zellkernen in den Cysten. - Die Mucikarminreaktion fällt nach A l b r e c h t / A r z t und L i e c k e r negativ aus. R o n a und V a g h a glauben, daß der Cysteninhalt Glucoproteide darstellt. Die glattrandigen Aussparungen in den Cystenmassen werden, wie auch in unserem Fall, auf die Anwesenheit von Cholesterinkristallen zurückgeführt.

Lymphoides Gewebe ist das Stroma dieser Neoplasmen. Keimzentren liegen verstreut darin. Die Charakteristika eines Lymphknotens lassen sich nicht immer nachweisen. So konnten auch im Fall I keine Trabekel und Lymphsinus gefunden werden.

Die stets vorhandene bindegewebige Kapsel enthält im Parotisbereich nicht selten Parotisdrüsenschläuche. Im eigenen Fall I konnten solche erkannt werden.

E. Localisation und Histogenese

Die meisten papillären Cystadenolymphome wurden als am Kieferwinkel, Kiefergelenk, Parotisgegend und vor dem Ohr gelegen beschrieben. Es gibt jedoch eine ganze Reihe, die ihren Sitz nicht in unmittelbarer Nachbarschaft der Parotis haben. C a r m i c h a e l / D a v i e / S t e w a r t (1935) fanden ein papilläres Cystadenolymphom in der Submaxillargegend. H e v e n o r / C l a r k (1950) gaben für zwei dieser Geschwülste als Lokalisation an: Im Subcutangewebe der glandula sublingualis bzw. in der Pharyngealwand gelegen. M a r t i n / E h r l i c h berichteten 1944 über ein pap. Cystadenolymphom in der Gegend der Carotis bifurcatio. R o b i n s o n / H a r l e s s (1943) fanden diese Geschwulst seitlich und oberhalb der Schilddrüse; F e s h m a n n und K u r l a n d (1938) schließlich eine vor dem M. sternocleidomastoideus und J a n H e i n entfernte einen solchen Tumor (1951) vom falschen Stimmband.

Von den eigenen drei Fällen lag nur ein Tumor in direkter Nachbarschaft der Parotis. Die anderen beiden wurden vor dem M. sternocleidomastoideus und über der fossa jugularis gefunden.

Wenn man von den Veröffentlichungen L. P e r u z z o s , V e r o n a (1952) und D u r u i n g / B i m e s (1951) absieht, so liegen alle pap. Cystadenolymphome in der Parotis- und Halsgegend. Diese auffallende Tatsache gab Anlaß, sie in engen Zusammenhang zu bringen zu Entwicklungsstörungen der Parotis und der Kiemenfurchen. Im Laufe der Zeit kamen neue Erkenntnisse dazu, und es wurden weitere Theorien über die Histogenese entwickelt. Es existieren heute etwa folgende Theorien:

1. Die branchiogene Theorie (Hildebrand 1898, Glass, Ssobolew, Steinhardt, Bruni, Tonelli, Nascimbene/Rossi, Hevenor/Clark, Gault/Balasubrahmanyan, Kronschnabel, Bonifazi).
2. Die sialogene Theorie (Albrecht/Arzt 1910, Stöhr/Risak, Skorpil, Salviati, Rawson/Howard/Royster/Horn, Thompson/Bryant, Castiglioni/Dagradi, Heikel, Latorre, Hicks, Foote/Frazell, Harris, Ménétriér, Peyron, Surmont).
3. Die onkocytäre Theorie (Hamperl 1937, Jaffé).
4. Die Theorie der Entwicklung aus heterotopischen Resten des pharyngealen Entoderms (Hevenor/Clark).
5. Die Theorie der Entwicklung aus heterotopischen Resten des Entoderms der Tuba Eustachii (Warthin).
6. Die Theorie der Entwicklung aus Resten des ductus thymopharyngeus (Hickl, Nascimbene).
7. Die thymogene Theorie (Robinson/Harless).
8. Die orbitale Einschlußtheorie (Kraissl/Stout 1933).

Ad 1) Danach entstehen die papillären Cystadenolymphome ähnlich
en lateralen Halscysten aus Resten eines Kiemenganges. Lokalisation
nd Cystenepithel in Form von vielschichtigem Plattenepithel unter-
tützen in manchen Fällen diese Genese.

Ad 2) Sie besagt, daß die papillären Cystadenolymphome sich aus
arotisdrüsengängen entwickeln, die in der Embryonalzeit in Lymphkno-
en oder Lymphocytenaggregaten der gl. parotis bzw. deren Kapsel ver-
prengt wurden. T h o m p s o n / B r y a n t bauten diese Theorie
eiter aus. In einer Versuchsserie, die 18 Embryos (Kopf-Steißlänge
) - 200 mm), 100 normale Parotes, 50 Submaxillares, 50 branchiogene
ysten und 23 papilläre Cystadenolymphome umfaßte, wurden als Ergeb-
is dargelegt: "Der Ursprung des pap. Cystadenolymphoms ist in der
eoplastischen Proliferation der in Lymphknoten eingeschlossenen Pa-
otisdrüsengänge zu sehen. Diese Anschauung basiert zuerst auf der
ntdeckung, daß die Lymphknoten, die Gänge enthielten, nur in der Pa-
otisgegend beobachtet wurden. Die wesentlichen Lymphknotencharakteri-
tika der Lymphocytenansammlungen konnten in den ausgewählten Ge-
chwulstfällen demonstriert werden."

Ad 3) Nach H a m p e r l machen die in den Parotisdrüsengängen gesunder Parotes gefundenen "Onkocyten" es wahrscheinlich, daß die paillären Cystadenolymphome ihren Ausgangspunkt von den Speicheldrüsen nehmen und nicht durch Keimversprengung erklärt zu werden brauchen, wie es etwa die branchiogene und sialogene Theorie (in ihrer ursprünglichen Form) fordern.

Ad 4 und 5) Nach F o o t e / F r a z e l l glaubte W a r t h i n , daß die strukturellen Merkmale des Tumors neben dem Pharynxentoderm die Einbeziehung der Mucosa, des knorpeligen Teiles der Tuba Eustachii, stillschweigend folgerten.

Ad 6) H i c k l , ein Vertreter der branchiogenen Theorie, gab 1925 einen Hinweis auf die Entstehung der Tumoren aus Resten des ductus thymopharyngeus.

Ad 7) R o b i n s o n / H a r l e s s nahmen eine Entwicklung aus einer versprengten Thymusanlage an, vermutlich wegen der besonderen Lokalisation und Eigentümlichkeiten des histologischen Bildes ihres Falles.

Ad 8) Im Jahre 1933 machten K r a i s s l /S t o u t zum ersten Mal auf die mögliche Entstehung von papillären Cystadenolymphomen aus dem "Organ von Chievitz", dem orbitalen Einschluß einer Speicheldrüse im infraorbitalen Fettgewebe bei Fleischfressern mit Ausführungsgängen nahe den unteren Molaren, aufmerksam.

Die sehr häufige Lokalisation der papillären Cystadenolymphome in der Parotisgegend, die auffallende histologische Ähnlichkeit der Parotisgänge mit den epithelialen Anteilen dieser Blastome und auch die merkwürdige Bevorzugung des männlichen Geschlechts (Verhältnis 6:1) in Verbindung mit dem fortgeschrittenen Alter der Patienten - die Parotis offenbart z. B. im Ziegenpeter (Parotitis epidemica, Mumps) häufig ihre besondere Verbundenheit mit den Hoden - rechtfertigen den Schluß, daß die meisten papillären Cystadenolymphome ihren Ursprung nehmen aus den in Lymphknoten versprengten Parotisdrüsengängen oder aus normalen Parotisdrüsengängen, die oxyphile granuläre hohe Pallisadenzellen enthalten und von Lymphocytenhaufen umgeben sind. Ich glaube, man darf annehmen, daß alle papillären Cystadenolymphome, die als epitheliale Komponente das hohe Pallisadenzellenepithel aufweisen, sialogenen Ursprungs sind.

Schwierig wird die histogenetische Deutung von jenen pap. Cystadenolymphomen, die in einer ziemlichen Entfernung von der Parotis gefunden werden und als Cystenepithel ein verhältnismäßig niederes cubisches Epithel aufweisen, sehr verschieden jedenfalls vom "Onkocytenepithel". Hier dürfte ein sialogener Ursprung wohl nicht in Frage kommen. Je nach Lage wird man eine Entwicklung aus dem Pharynxentoderm oder dem d. thymopharyngeus zu Hilfe nehmen müssen, vielleicht auch aus der Thymus.

Findet sich vielschichtiges Plattenepithel als Cystenauskleidung, kann man an eine branchiogene Entstehung denken. Das Alter der Patienten und das meist nur stellenweise Vorhandensein von Plattenepithel in diesen Geschwülsten macht diese Genese allerdings doch oft fraglich.

Als außergewöhnlich sind die Adenolymphome von P e r u z z o und D u r u i n g / B i m e s anzusehen, die in der Unterlippe bzw. im Jejunum gefunden wurden.

Von den eigenen drei Fällen möchte ich Fall I und II sialogen entstanden annehmen, und zwar auf Grund des aufgefundenen hohen Pallisadenzellenepithels und der topographischen Nachbarschaft zur Parotis.

Fall III macht infolge seiner Localisation über der fossa jugularis und seines im Vergleich zum "Onkocytenepithel" niederen cubischen Epithels, eine Entwicklung aus dem ductus thymopharyngeus wahrscheinlich. Auch die Tatsache, daß es sich bei diesem Fall um eine Frau handelte, spricht gegen eine sialogene Deutung.

Merkwürdig an den drei Fällen war, daß mit wachsendem Abstand von der Ohrspeicheldrüse das hohe Pallisadenepithel dem niederen cubischen Epithel als Cystenauskleidung wich. Fall I, am Unterkiefer gelegen, enthielt nur hohes Pallisadenepithel; Fall II, vor dem M. sternocleidomastoideus, zu etwa 2/3 hohes Pallisadenepithel und etwa zu 1/3 niederes cubisches Epithel; Fall III schließlich, über der fossa jugularis gelegen, enthielt nur cubisches Epithel als Cystenauskleidung.

F. Diagnose, Differentialdiagnose, Therapie und Prognose

Die Diagnose des papillären Cystadenolymphoms ergibt sich aus seiner Localisation - es kommt fast ausschließlich im Parotis- und Halsbereich vor -,aus seinem langsamen Wachstum, seiner weichen Konsistenz, dem fortgeschrittenen Alter der Patienten, der Bevorzugung des männlichen Geschlechtes und dem charakteristischen histologischen Bild.

Bei etwa 100 Fällen ließ sich eine durchschnittliche Wachstumszeit von 3,2 Jahren ermitteln. Die Frauen waren im Mittel 51,6 Jahre und die Männer im Mittel 56,1 Jahre alt. (S. auch Alterskurve auf S. 17). Von 207 Fällen entfielen auf das männliche Geschlecht 177 und auf das weibliche 30, also ein Verhältnis von 6:1. Die Geschwulst ist doppelt so oft rechts wie links anzutreffen. Sie ist schmerzlos und auf der Unterlage verschieblich. Die größte bisher beobachtete Geschwulst dieser Art hatte einen Durchmesser von 10 cm. (H e v e n o r)

Differentialdiagnostisch ist zu denken an den sog. Parotismischtumor, die lateralen Halscysten und auch an tuberkulöse Halslymphdrüsen.

Beim Parotismischtumor fehlt das lymphatische Gewebe. Es werden kaum die hohen Pallisadenzellen gefunden. Es werden dafür des öfteren Knorpelzellen gefunden.

Die lateralen Halscysten betreffen vor allem das jugendliche Alter (S. graphische Zeichnung auf S. 17). Das Epithel der Halscysten ist Plattenepithel. Pallisadenzellen ("Onkocyten") finden sich nur selten und vereinzelt. Es ist reichlich Bindegewebe vorhanden. Lymphatisches Gewebe findet sich meist nicht in dieser massigen Form wie bei den papillären Cystadenolymphomen.

Die tuberkulösen Halsdrüsen verbacken sehr schnell mit der Unterlage und brechen bald nach Außen durch. Jugendliches Alter und das typische histologische Bild kennzeichnen weiterhin dieses Krankheitsbild.

Die Therapie besteht in der Exstirpation der Geschwulst. Bestrahlung ist nicht erforderlich.

Die Prognose muß als ausgesprochen gut bezeichnet werden. Unter den beinahe 300 beobachteten Cystadenolymphomen waren lediglich 6, die maligne Umwandlungserscheinungen aufgewiesen haben sollen. Nach H e v e n o r / C l a r k ist es in den Fällen von G a s t o n , L e d e r m a n n und L o y d fraglich, ob die malignen Erscheinungen primärer Natur sind. Auch in dem Fall von S s o b o l e w möchte ich ein Fragezeichen machen. S s o b o l e w vermerkte nämlich in seinem Aufsatz, daß der betreffende Patient bald an einer anderen Krankheit verstorben sei. Nähere Daten konnten angeblich darüber nicht in Erfahrung gebracht werden. Der Fall von S t ö h r konnte nicht genauer untersucht werden. - In der neueren Zeit fanden G a u l t / B a l a s u b r a h m a n y a n ein Adenolymphom mit Zeichen von Malignität in den epithelialen Elementen. - Von den 6 erwähnten malignen Fällen betrafen 5 den epithelialen Anteil und 1 den bindegewebigen Anteil.

Die eigenen drei papillären Cystadenolymphome wiesen keine Zeichen von Malignität auf: Kein infiltrierendes und destruierendes Wachstum, keine spontane Degeneration oder Nekrose innerhalb der Geschwulst, keine auffallenden Zell- und Kernatypien mit zahlreichen Mitosen. Nach den Krankengeschichten traten auch keine Rezidive auf.

G. Zusammenfassung

1. Es wurde der klinische Verlauf und das morphologische Bild von drei papillären Cystadenolymphomen beschrieben und an Hand von 9 Mikrofotogrammen demonstriert. Bei Fall I handelte es sich um einen 58-jährigen Mann. Die Geschwulst war am rechten Unterkiefer localisiert. Bei Fall II, einem 59-jährigen Mann, befand sich das papilläre Cystadenolymphom vor dem M. sternocleidomastoideus. Im Fall III, einer 52 Jahre alten Frau, saß der Tumor über der fossa jugularis; ein recht seltener Fundort für ein papilläres Cystadenolymphom.

2. Im Falle I (am rechten Unterkiefer gelegen) war nur hohes pallisadenförmiges Zylinderepithel ("Onkocytenepithel"), im Fall II (vor dem M. sternocleidomastoideus gelegen) zu etwa 2/3 hohes Pallisadenepithel ("Onkocytenepithel") und zu 1/3 bedeutend kleineres cu-

bisches Epithel zu sehen. Im Fall III schließlich (über fossa jugularis gelegen) fand sich nur cubisches Epithel, nirgends hohes Pallisadenepithel mit lumenständigen Kernen. Es wurde festgehalten, daß mit wachsender Entfernung von der Parotis das papilläre Cystadenolymphom in seinen epithelialen Anteilen ein mehr cubisches Epithel aufwies.

3. Es konnte besonders im Falle II auf die Wechselbeziehung zwischen hohem Pallisadenepithel und lymphatischem Gewebe einerseits, und niederem cubischen Epithel und Bindegewebe andererseits hingewiesen werden. Wo lymphatisches Gewebe in Kontakt kam mit dem Cystenepithel, fand sich hohes Pallisadenepithel, überall da, wo zwischen Cystenauskleidung und lymphatischem Gewebe Bindegewebe eingelagert war, cubisches Epithel.

4. Eine übersichtliche Zusammenstellung der bisher bekanntgewordenen papillären Cystadenolymphome mit ihren wichtigsten Daten wurde beigefügt und ausgewertet. Bei etwa 100 Fällen ließ sich eine durchschnittliche Wachstumszeit von 3,2 Jahren ermitteln. Die Altersverteilung wurde in einer graphischen Zeichnung zur Darstellung gebracht. Die Spitze der Alterskurve liegt danach im 5. - 7. Lebensjahrzehnt. Von 207 Fällen entfielen auf das männliche Geschlecht 177, und auf das weibliche 30, ein Verhältnis also von 6:1. Die Geschwulst war doppelt so oft rechts wie links.

5. Auf Grund der sehr häufigen Localisation der papillären Cystadenolymphome in der Parotisgegend, der auffallenden histologischen Ähnlichkeit der Parotisgänge mit der Cystenauskleidung dieser Blastome und der eigenartigen Bevorzugung des männlichen Geschlechtes in Verbindung mit dem fortgeschrittenen Alter der Patienten, hält Verfasser eine Genese der papillären Cystadenolymphome aus Parotisdrüsengängen, die in benachbarte Lymphknoten versprengt wurden, in hohem Maße als wahrscheinlich. Bei großem Abstand zur Parotis und bei Fehlen des sonst typischen hohen Pallisadenepithels wird eine Entstehung aus heterotopischen Resten des ductus thymopharyngeus oder des Pharynxentoderms vorgezogen.

6. Die Fälle I und II wurden sialogen gedeutet. Bei Fall III wurde wegen der seltenen Localisation in der fossa jugularis und wegen des cubischen Epithels eine Entwicklung aus heterotopischen Resten des ductus thymopharyngeus angenommen.

Herrn Professor Dr. E. K i r c h bin ich für die Überlassung des Themas, für die stets gerne gewährten Auskünfte, sowie für die Übernahme des Referates sehr zu Dank verpflichtet.

Danken möchte ich auch Herrn Dr. S p ö r l e i n für seine Hilfe beim Zustandekommen vorliegender Arbeit.

H. Literaturverzeichnis

Albrecht und Arzt	Frankf.Zeitschr.f.Path. 1910/4/47-68.
Amgwerd, R.	Diss. Zürich 1952, 79 S.
Bernier, J., L.	J.oral Surg. 7/349-352 (1949) Ref.nach Fischer-Wasels (Heidelberg) aus Berichte über Path. 1951/8/91.
Bruni, C.	Lav.Ist.Anat., Univ.Perugia 6/77-91/1948 Ref.nach Meissner (Borstel) in Berichte über Path. 1950/5/273.
Castiglioni, G., C./Dagradi, A.	Arch."De Vecchi" (Firenze) 18/601-631/1952 Ref.nach Helly in Berichte über Path. 1953/18/280.
Duruing, J./Bimez, Ch.	Bull.Assoc.franc.Etude Canc 42/173/1951 Ref.nach Ruppert (Berlin-Buch) in Arch.f.Geschwulstforschung 4/172.
Dvorazek, C.	Acta Radiologica et Cancerologica Bohemslovenica 5/24/1951.
Foote, F./Frazell, E.L.	Cancer (Philadelphia) 6/1065-1133/1953
Freshmann, A.W./Stanley/Kurland	Amer.J.Clin.Path. 8/422-430/1938. Ref.nach Beyer (Berlin) in Zentralorgan f.Chirurgie 90/419/1938.
Galetti, G.	Arch.ital.Anat.,e Istol.pat. 25,215-231 (1952) Ref.nach Helly (Staad bei Rohrschach) in Berichte über Path. 1953/16/45.
Gault,E.W./Balasubrahmanyan	Surg.13, 118-131 (1951) Ref.nach Gloggengiesser (München) in Berichte über Path. 1952/13/85
Glass, E.	Frankf.Zeitschr.f.Path.1911/9/335-342.
Godwin, J.T.	Cancer (N.J.) 5/1089-1103 (1952) Ref.nach Eger (Göttingen) in Berichte über Path. 1953/18/63.
Gricouroff, G.	Semaine Hôp.1952/2909-2919. Ref.nach Link (München) in Berichte über Path. 1953/16/321.
Hamperl, H.	Virchows Arch.f.path.Anat.1931/282/724-736.
	Virchows Arch.291/704/1933.
	Virchows Arch.298/327/1937.
	Virchows Arch.304/34/1939.

Hampson, L.G./Naughton, E.	Canad.Med.Assoc.J. 67/442-445 (1952) Ref.nach Girgensohn (Göttingen) in Berichte über Path.1952/19/294.
Harris, P.	Amer.J.of Path. 13/1937/1/81-87.
Heikel, H.	Nord.Med.45/135-137/1951 Ref.nach F.Wegener (Lübeck) in Berichte über Path. 1952/10/86.
Heinz, J.	New Zealand J.Surg.21/47-51/1951 Ref.nach Herrlinger (Würzburg) in Berichte über Path. 1952/12/103.
Hevenor, E.P./Clark, C.	Surg.etc. 90/746-751/1950.
Hicks, J.D.	J.of Path. 65/169-174/1953 Ref.nach Tesseraux (Pforzheim) in Berichte über Path. 1953/18/129.
Holmberg,R.E./Glover, D.M.	Surg. 29/240-248/1951.
Köberle	Ztbl.f.allg.Path.u.pathol.Anat. 67/266/1937.
Kreudenstein v.	Arch.f.klin.Chir.182/828/1935.
Kronschnabel	Diss. Würzburg 1953
Kunstmann	Frankf.Zeitschr.f.Path.49/214-229/1936
Lange, W.G./Halskamp, P.	J.med.(Buenos Aires) 1952/1498-1510 Ref.nach Feijoo (Bilbao,Spanien) in Berichte über Path. 1953/18/27.
Latorre, H.L.	Ann.Soc.Biol.Bogota 5/142-152 (1952) Ref.nach L.Feijoo (Bilbao) in Berichte über Path. 1953/18/63.
Lawrence, H.C./Procita, L.	Ref.nach Roulet (Basel) in Berichte über Path. 1949/2/457.
Liecker, H.	Chirurg 19/31/1948.
Meza-Chavez, L.	Amer.J.Path.25/523-547/1949. Ref.nach A. Manz (Hamburg) in Berichte über Path. 1950/5/132.
Moyse, P.	Mem.Acad.Chir.75/371-380/1949. Ref.nach W.Gloggengiesser (München) in Berichte über Path.1950/7/227.
Nascimbene, L./Rossi, N.	Tumori 23/165-182/1949 Ref.nach Schleyer (Bonn) in Berichte über Path. 1951/8/80.
Neumeister	Ztbl.f.allg.Path.u.pathol.Anat. 34/257/1923.
Peruzzo, L.	Riv.Anat.Pat.e Onc.5/209/1952 Ref.nach Ruppert (Berlin) i.Arch.f. Geschwulstforschung 5/227.
Rawson,A.J./Howard/Royster/Horn	Cancer (N.J.) 3/445-458/1950.

Rona, G./Vagha, E.	Acta morph.(Budapest) 2/205-218/1952 Ref.nach Fresen (Düsseldorf) in Berichte über Path. 1953/17/30.
Salviati, L.	Riv.Anat.Pat.3/530-539/1950 Ref.nach G.Meissner in Berichte über Path. 1952/10/86.
Scandurra	40.adunanza, Pavia, 18-21/10/1933 Arch.Soc.ital.Chir. 704-713/1934, Ref.nach Blos (Karlsruhe) in Ztbl.f. Chirurgie 67/697/1934.
Skorpil, F.	Frankf.Ztschr.f.Path.54/181/1940
	Ztbl.f.allg.Path.u.pathol.Anat.77/129/1941.
	Frankf.Ztschr.f.Path. 55/39/1941.
Som, L.M./Peimer, R.	Ann.of Otol.58/234-242/1949 Ref.nach König (Hamburg) in Berichte über Path. 1951/8/146.
Ssobolew, L.W.	Frankf.Ztschr.f.Path. 11/462/1912.
Steinhardt, G.	Virchow Arch.f.path.Anat.1933/289/624-635.
Sternberg	Handbuch f.spez.Path.von Henke-Lubarsch 1/1/331/1926.
Stöhr, E./Risak	Arch.f.klin.Chir.143/609/1926.
Swinton, W./Warren/Shields	Zentralorgan f.Chir.92/424/1939 Ref.nach Krauspe (Königsberg i.Pr.)
Thompson, A.S./Bryant, H.C.	Amer.J.Path.26/807-849/1950.
Tonelli, L.	Arch."De Vecchi" (Firenze)11/413-467/1948 Ref.nach Homma (Salzburg) in Berichte über Path. 1950/6/271.
	Arch."De Vecchi" (Firenze) 11/469-479/1948 Ref. nach Helly (Staad bei Rohrschach) in Berichte über Path. 1950/6/105.
Wheelock, M.C./Madden, T.J.	Surg.etc. 88/776/1949 Ref.nach König (Hamburg-Barmbeck) in Berichte über Path. 1950/6/106.

L e b e n s l a u f

Am 18. März 1927 wurde ich, Walter L o c h e r , als viertes Kind der Gutsverwalterseheleute Max und Lina Locher, geb. Pfänder, in Düllstadt, Kreis Gerolzhofen, geboren. Dortselbst besuchte ich die Volksschule, anschließend das Humanistische Gymnasium in Würzburg. In der Zeit vom 1.7.43-August 1944 war ich als Luftwaffenhelfer in Schweinfurt eingesetzt. Nach dreimonatiger RAD-Ausbildung in Markt-Bibart zog man mich im Januar 1945 zu den Pz.Grenadieren nach Nürnberg ein. Meine Entlassung aus der Wehrmacht datiert vom 22.5.1945. Im Frühjahr 1946 konnte ich auf Grund des sogenannten Vorsemestervermerks im Abgangszeugnis des Humanistischen Gymnasiums an einem Vorsemester der Philosophischen Fakultät der Universität Würzburg teilnehmen, nach dessen Bestehen mir die Hochschulreife zuerkannt wurde. Nach einigen philosophischen Studien widmete ich mich ganz der Zahnmedizin und bestand im Frühjahr 1949 die zahnärztliche Vorprüfung und im Sommer 1951 das zahnärztliche Staatsexamen. Bis September 1954 war ich als Assistent und Vertreter tätig. Seit dieser Zeit war ich mit der Abfassung dieser Arbeit beschäftigt.

Ich versichere ehrenwörtlich, daß ich die vorliegende Arbeit selbständig verfaßt und außer der angegebenen Literatur keine weiteren Hilfsquellen benutzt habe.

Ich versichere ehrenwörtlich, daß ich bisher von keiner anderen Seite ein Dissertationsthema zur endgültigen Bearbeitung erhalten habe.

Walter Locher

RUDOLF BAEHR DRUCK- UND WERBETECHNIK
WÜRZBURG EGLOFFSTEINSTR. 3